



Odovtos - International Journal of Dental
Sciences

ISSN: 1659-1046

odovtos.fo@ucr.ac.cr

Universidad de Costa Rica
Costa Rica

Chen Ku, Chin Hao; Alpizar Monge, Dafne
Las manifestaciones orales de acromegalia
Odovtos - International Journal of Dental Sciences, núm. 7, 2005, pp. 45-48
Universidad de Costa Rica
Montes de Oca, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=499551910009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Las Manifestaciones Orales de Acromegalia

Chih Hao Chen Ku *

Dafne Alpizar Monge **

RESUMEN

La acromegalia es una enfermedad producida en la mayoría de los casos por un tumor hipofisiario benigno secretor de hormona de crecimiento. Produce una serie de cambios físicos y metabólicos que acortan la esperanza de vida de quien la sufre y además aumenta el riesgo de otras enfermedades. La prevalencia de esta enfermedad es de 40-90 casos por millón de habitantes. Usualmente tienen un curso muy lento lo que contribuye a que haya una gran tasa de subdiagnóstico. Dentro de sus manifestaciones pueden haber algunas de origen odontológico como son prognatismo, separación de dientes, macroglosia, y mala oclusión. El odontólogo debe tener en cuenta la posibilidad de acromegalia cuando un paciente se presenta con algunas manifestaciones. El diagnóstico se confirma con niveles elevados de hormona de crecimiento y factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1.

PALABRAS CLAVE

Acromegalia, manifestaciones dentales, prognatismo, macroglosia, mala oclusión.

ABSTRACT

Acromegaly is a disease caused by a benign pituitary tumor that produces an excess of growth hormone. It produces physical and metabolic changes that shortens the patient's life expectancy and increases his risk of having other diseases. The world prevalence of acromegaly is 40-90 cases per million persons. Usually it develops over several years and this contributes to a low rate of diagnosis. Some of its symptoms are oral, such as macroglossia, prognathism, teeth separation, and malocclusion. The dentist has to think of this diagnosis when he sees a patient with some of these symptoms. The diagnosis is confirmed by having a high level of growth hormone and insulin-like-growth-factor-1.

KEY WORDS

Acromegaly, oral manifestations, prognathism, macroglossia, malocclusion.

Introducción

La acromegalia es una enfermedad sistémica producida por un exceso de la hormona de crecimiento (Melmed S. 2002), que lleva una serie de complicaciones sistémicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, osteoartritis y enfermedades malignas que conducen a una reacción en la esperanza de vida de los pacientes que la padecen (Colao AM. 2004). En más del 99% de los casos ese exceso de hormona de crecimiento se debe a un tumor hipofisiario que produce secreción de esa hormona.

La prevalencia, a nivel mundial, es de 40-90 casos por

millón de habitantes y la incidencia anual es de 1-2 casos por millón de habitantes (Melmed S. 1998). Con estos datos es de esperar que en Costa Rica haya unos 240 pacientes con esta patología. Sin embargo, los casos diagnosticados en nuestro país son mucho menores, probablemente porque muchos de esos pacientes no han sido diagnosticados.

En la mayoría de esos pacientes, la enfermedad es detectada cuando consultan por motivos que no tienen relación con los cambios característicos de ese padecimiento. Por ejemplo, pueden presentarse por alguna de las enfermedades sistémicas asociadas mientras que otros pacientes consultan directamente por síntomas

* Médico Especialista en Endocrinología. Servicio de Endocrinología, Hospital San Juan de Dios

** Odontóloga.

relacionados con el crecimiento tumoral. De forma ocasional, esos pacientes pueden consultar al odontólogo por manifestaciones orales asociadas; por lo tanto, el odontólogo debe tener en cuenta esta patología cuando alguien se presenta con esas manifestaciones.

El presente artículo tiene como objetivo revisar las manifestaciones orales asociadas con la acromegalia, con el fin de aumentar la detección de esa patología y así poder ofrecer una mayor calidad de vida a través del tratamiento oportuno.

Fisiopatología

La acromegalia se produce, en la mayoría de las ocasiones, por un tumor hipofisiario benigno de hormona de crecimiento. Estos tumores, usualmente presentan mutaciones en la proteína G estimuladora, lo que favorece la secreción de hormona de crecimiento independiente de mecanismos de retrocontrol. Ese exceso de hormona de crecimiento actúa en diferentes órganos como el hígado y el hueso, para producir aumento en los niveles de factor de crecimiento similar a la insulina -1 (IGF-1) o somatomedina C.

El exceso de IGF-1 es el responsable de muchas de las manifestaciones clínicas de la acromegalia. Por un lado se estimula el crecimiento óseo, lo que produce las manifestaciones esqueléticas y orales de la enfermedad, por otro lado se asocia con el aumento de la resistencia a la insulina, lo que conlleva a elevar la incidencia de hipertensión arterial, diabetes y cardiopatía isquémica. Este exceso de IGF-1 también favorece el crecimiento de los cartílagos que pueden llevar a osteoartritis y xifosis (Colao AM. 2004).

Manifestaciones clínicas asociadas con el tumor

El crecimiento del tumor hipofisiario puede llegar a producir ciertas manifestaciones, dentro de éstas se incluyen cefalea, y cuando el tumor crece y se extiende más allá de la silla turca pueden llegar a comprimir el quiasma óptico, al comprimirlo produce disminución de los campos visuales, típicamente en la visión lateral; esta manifestación se denomina hemianopsia bitemporal. El crecimiento tumoral es capaz de inducir también hipertensión endocraneana y papiledema (Colao AM. 2004, Melmed S. 1998)

Manifestaciones clínicas sistémicas

Entre 50 y 60% de los pacientes acromegálicos presentan hipertensión arterial y diabetes mellitus y, por consiguiente, mayor incidencia de eventos cardiovasculares. Estos pacientes, usualmente, asocian también apnea

obstructiva del sueño, que lleva a hipertensión pulmonar y hace que las causas pulmonares sean una de las fuentes principales de mortalidad. Esta apnea obstructiva de sueño se produce tanto por aumento de tejidos blandos de la orofaringe (como la úvula y la lengua) como por mecanismos centrales asociados al exceso de IGF-1.

Algunos síntomas que presentan estos pacientes son: cansancio, sudoración excesiva y fatigabilidad. Muchas veces, ellos no refieren estos síntomas pero cuando se les da el tratamiento respectivo notan la diferencia. El proceso degenerativo a nivel articular lleva a osteoartritis y, precisamente, este es un motivo muy frecuente de consulta de los pacientes. La infiltración de tejidos blandos y el edema asociado pueden comprimir el nervio mediano y producir síndrome de tunel carpal que puede ser bilateral.

Las manifestaciones típicas incluyen crecimiento acral (distal) de las manos y pies (figura 1). Muy pocas patologías producen crecimiento de manos y pies una vez que la persona ha terminado su período de crecimiento. Algunos datos sugestivos de esta patología, y que se puede determinar fácilmente, es preguntando al paciente si ha aumentado su talla de calzado o si ha tenido que agrandar el tamaño de los anillos. El crecimiento también se puede presentar en órganos, produciendo bocio, hepatomegalia, cardiomegalia y crecimiento renal. Además suelen manifestar una voz más ronca por crecimiento de la faringe (Colao AM. 2004, Melmed S. 2002, Melmed S. 1998).

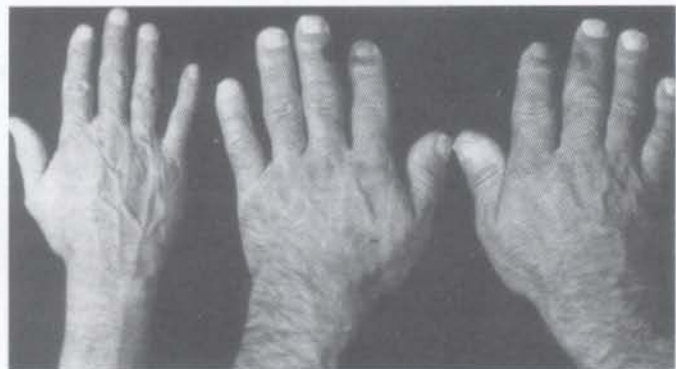


Fig. 1: Crecimiento de manos en paciente acromegálico.

Manifestaciones faciales

En la acromegalia se producen ciertas deformidades esqueléticas que incluyen prominencia de los arcos supraorbitarios, agrandamiento del seno frontal, constricción temporal y macrogenia (figura 2). El crecimiento del seno frontal asociado con el crecimiento de la faringe es uno de los factores que hace que la voz del acromegálico sea más ronca.



Fig. 2: Características faciales del paciente acromegálico.

Manifestaciones orales

Las manifestaciones orales asociadas con la acromegalia pueden deberse a trastornos en los tejidos blandos o alteraciones óseas. En los trastornos de tejidos blandos, uno de los síntomas cardinales va a ser la presencia de macroglosia, aunque son pocas las patologías que pueden llegar a producirla. La acromegalia constituye una de las pocas enfermedades que producen macroglosia adquirida. Otras causas incluyen hipotiroidismo, diabetes, sífilis, fiebre reumática, infecciones como candidiasis, actinomicosis, fiebre tifoidea, uremia, neurofibromatosis, causas traumáticas y neoplasias como carcinoma, tiroides lingual, linfangioma, hemangioma (Mulliken R.A. 2000). Dentro de todas las causas de macroglosia, no siempre está la acromegalia; algunos datos que la orientan como causante es por la asociación con otros síntomas sistémicos sugestivos y cambios faciales característicos. También se puede observar, como dato llamativo, el engrosamiento de labios, que hay que diferenciarlo de las causas étnicas, ya que este hallazgo tiende a ser más frecuente en la raza negra. Por otro lado, es poco frecuente la asociación con otras patologías.

Los pacientes acromegálicos también pueden manifestar elongación del paladar blando, y una reducción del ángulo entre el eje de la úvula y el plano paladar.

En los trastornos óseos se producen algunas manifestaciones características; muchas veces el paciente acromegálico consulta al odontólogo por estas manifestaciones, clásicamente se describen la separación de dientes y el prognatismo (figura 3).



Fig. 3: Separación de dientes y prognatismo (a) y macroglosia (b y c) en un paciente acromegálico.

Llamativamente son pocas las patologías que producen prognatismo en la edad adulta, usualmente un adulto, una vez alcanzando su maduración ósea, no debe manifestar mordida cruzada anterior.

En un estudio realizado en la República Checa con 38 pacientes acromegálicos con enfermedad activa, se vio que los pacientes con acromegalia, tanto hombres como mujeres, cuando se comparan con sujetos sanos presentan alargamiento de altura facial anterior y posterior, de la rama de la mandíbula. Presentan también, un aumento en el ángulo del gonion, y de inclinación de la maxilla y una diferencia negativa en la protusiones de la maxilla con la mandíbula. La silla turca estaba aumentando en su diámetro anteroposterior, así como su distancia al seno frontal. También presentaron aumento marcado de la protusión del borde supraorbitario. Con respecto a los tejidos blandos, este estudio mostró una elongación del paladar blando y estrechamiento del ángulo entre el eje de la úvula y el plano del paladar (Cheng KC. 1996, Dostova S. 2003).

La acromegalia compromete casi todos los huesos del macizo facial excepto la maxilla. El paciente también puede presentar, de forma ocasional, mala oclusión clase III (Dostolova S. 2003).

La acromegalia constituye una de las causas raras de hiperplasia gingival. En un estudio se demostró que 8 de 11 pacientes tuvieron esta manifestación y 7 de los 11 pacientes presentaban prognatismo (Capoglu I. 2002).

Estas manifestaciones orales deben llamar la atención sobre la probabilidad de una enfermedad sistémica de fondo como acromegalia.

Diagnóstico

La base del diagnóstico de la acromegalia lo constituye la sospecha de la enfermedad. La consulta por alguna manifestación oral al odontólogo o cirujano maxilofacial debe levantar la sospecha de la enfermedad sobre todo si presenta varios síntomas. En este caso, debe valorarse el paciente, buscando cambios faciales, y en manos y pies, así como complicaciones sistémicas. Unas cuantas preguntas sencillas como si el prognatismo y la separación de dientes es adquirido o de aparición reciente puede fortalecer la sospecha clínica. También otras preguntas como si ha cambiado número de talla de zapatos o el tamaño de los anillos cuya respuesta afirmativa hacen todavía más probable la acromegalia.

El diagnóstico bioquímico de la enfermedad se con-

firma con presencia de niveles sanguíneos de factor de crecimiento similar a la insulina - 1 (IGF-1) elevados comparados con los rangos normales para la edad, y además, con niveles de hormona de crecimiento altos que no se reducen cuando se somete a una curva de tolerancia a la glucosa. Luego de confirmado el diagnóstico bioquímico, se debe hacer estudios radiológicos para confirmar el origen hipofisario de la enfermedad (Melmed S. 2002).

Conclusiones

La acromegalia, usualmente, es una patología subdiagnosticada, sobre todo por la falta de sospecha clínica debido a la lentitud con que se producen los cambios característicos de la enfermedad. Por otro lado, el paciente, casi siempre, consulta por síntomas poco específicos, dentro de los cuales hay manifestaciones orales como la macroglosia, prognatismo y separación de dientes por lo que consulta al odontólogo. Ante esta condición se debe tener la sospecha clínica, sobre todo si el paciente tiene síntomas sistémicos asociados con la acromegalia y debe referirse el paciente al médico endocrinólogo o especialista en medicina interna, para que le realice una valoración adecuada y confirmar la enfermedad.

Bibliografía

- 1- Capoglu I., Yilmaz AB., Unuvar R., Orbak R., Aksoy H., Yesilyurt H. Gingival enlargement in acromegaly. *Endocrine*. 2002; 18(3): 207-10.
- 2- Chung KC., Buchman SR., Aly HM., Trotman CA. Use of modern Craniofacial Techniques for Comprehensive Reconstruction of the Acromegalic Face. *Annals of Plastic Surgery*. 36(4): 403-408.
- 3- Colao AM., Ferone D., Marzullo P., Lombardi G. Systemic Complications of Acromegaly: Epidemiology, Pathogenesis, and Management, *Endocr Rev*. 2004; 25: 102-152
- 4- Dostava S., Sonka K., Smahel Z., Weiss V., Marek J. Cephalometric assessment of cranial abnormalities in patients with acromegaly. *J Craniomaxillofac Surg*. 2003; 31(2): 80-83.
- 5- Melhed S., Casanueva F.F., Cavagnini F. et al. Guidelines for Acromegaly Management *J Chin Endocrinol Metab*. 2002; 87: 4054-58.
- 6- Melhed S., Jackson I., Kleinberg D., Klibanski A. Current Treatment Guidelines for Acromegaly. *J Clin Endocrinol Metab*. 1008; 83: 2646-2652.
- 7- Mulliken R.A., Casner M.J. Oral Manifestations of Systemic Diseases. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2000; 18:565-576.